

保護者住所 長崎市〇〇町〇番〇号  
〇〇アパート〇〇〇号

保護者氏名 予防 花子  
(自署または押印)

被接種者との続柄 母

予防接種申請書

定期接種の実施について次のとおり、依頼書の発行を申請します。  
また、長崎市が依頼書を発行するために必要な住民基本台帳を閲覧することに同意します。

被接種者	住所	長崎市〇〇町〇番〇号 〇〇アパート〇〇〇号	
	ふりがな	よぼう たろう	
	氏名	予防 太郎	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	生年月日	令和〇年〇月〇日	〇歳 2か月
現在の滞在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△県△△市△△町△番△号 〇〇方		
滞在期間(予定)	令和〇〇年〇月上旬まで		
連絡先(電話番号)	000-0000-0000		
長崎県内で接種できない理由	里帰り出産後、子どもとともに△△県の実家に滞在しているため		
※希望する(予防接種名/回数)に〇を付けてください。		自己負担	
		有	無
・BCG			
・不活化ポリオワクチン	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
・五種混合	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )		
・四種混合	( <input checked="" type="radio"/> 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )	<input checked="" type="radio"/>	
・二種混合			
・麻しん風しん混合	( 第1期 ・ 第2期 )		
・日本脳炎	( 第1期 ( 1回目 ) )		
・ヒブ	( <input checked="" type="radio"/> 1回目 ・ <input checked="" type="radio"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )	<input checked="" type="radio"/>	
・小児用肺炎球菌	( <input checked="" type="radio"/> 1回目 ・ <input checked="" type="radio"/> 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 )	<input checked="" type="radio"/>	
・水痘(水ぼうそう)	( 1回目 ・ 2回目 )		
・B型肝炎	( <input checked="" type="radio"/> 1回目 ・ <input checked="" type="radio"/> 2回目 ・ 3回目 )	<input checked="" type="radio"/>	
・HPV(子宮頸がん)	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )		
・ロタ(1価)	( <input checked="" type="radio"/> 1回目 ・ <input checked="" type="radio"/> 2回目 )		
・ロタ(5価)	( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )		
長崎市の予診票は必要ですか。 (※あてはまるものに〇を付けてください。)		<input checked="" type="radio"/> 必要	<input type="radio"/> 不要
予防接種を実施する医療機関名および所在地	〇〇こどもクリニック △△県△△市△△町△番地△		
依頼書の送付先	<input checked="" type="radio"/> 保護者(滞在先) / 市区町村の予防接種担当課 / その他( ) (※該当するものに〇を付けてください。)		

里帰り等で滞在先の実家等の名字が異なる場合は、郵便物が確実に届くよう「〇〇方」まで記入してください。

滞在先の自治体が接種費用を負担する場合以外は、自己負担有に

申請からおおよそ6か月以内に接種予定の方は、一度に申請することも可能です。(※ただし、同じ医療機関での接種の場合に限ります。)

接種する医療機関に長崎市の予診票が必要か否かを確認してから記入してください。(※滞在先の自治体の予診票も利用可能で)